

А. М. Марголин, А. А. Медведкова, Н. А. Анисимова (Ленинград). Количественные сдвиги дрожжеподобных грибов в экскретах больных пневмонией при лечении антибиотиками

Для решения вопроса о выборе лабораторных показателей, которые могли бы сигнализировать о переходе кандидоносительства в кандидоз, при исследовании больных пневмониями изучалось количество кандиды в экскретах. Этот метод применялся в клинике с 1959 г. при изучении динамики микрофлоры у терапевтических больных.

В результате проведенного обследования среди больных, пользовавшихся антибиотикотерапией (110), выявлено три группы.

I гр. — лица, давшие увеличение числа дрожжеподобных грибов в экскретах под влиянием антибиотической терапии. Это нарастание было более выражено в мокроте. У 6 больных увеличение количества кандиды в мокроте сопровождалось микроскопическими находками почкующихся дрожжевых клеток и мицелия. После курса антибиотикотерапии наросло число больных, у которых отмечался сплошной рост кандиды в посевах кала и с положительными посевами со слизистой зева. Эта группа (41 человек) составила 37,2% от общего числа лиц, получавших антибиотики.

II гр. (41 человек — 37,2%) была представлена кандидоносителями, у которых количество дрожжеподобных грибов в посевах после антибиотикотерапии не увеличилось.

III гр. состояла из 28 больных (25,6%), у которых в мокроте и зеве кандиды не обнаруживались как до получения антибиотиков, так и при многократных исследованиях во время лечения. У отдельных больных этой группы наблюдались однократные положительные посева, не повторявшиеся при дальнейшем изучении.

У большинства больных, не получавших антибиотиков, увеличения количества кандиды в посевах не было. Следует отметить, что большая часть больных I гр. длительно получала комбинированную антибиотикотерапию или же лечилась антибиотиками широкого спектра действия (левомецетин, окситетрациклин).

Сопоставляя данные микологического исследования с клиническими, мы не всегда отмечали у больных со значительным обсеменением кандиды клинические признаки кандидоза.

Изучение видового состава микрофлоры выявило явное преобладание кандиды альбиканс (500 культур из 705 выделенных), реже высевались другие виды.

Среди культур (630), изучавшихся на чувствительность к нистатину, резистентных не обнаружено.

Положительная реакция связывания комплемента получена с сыворотками 11 больных, лечившихся антибиотиками. Однако не всегда наблюдалась прямая зависимость между нарастанием количества колоний кандиды и положительной реакцией связывания комплемента. Так, увеличение количества кандиды в посевах сопровождалось положительной реакцией связывания комплемента только у 4 больных.

УДК 616—002.77

О. И. Ясакова, И. С. Петров (Свердловск). Динамика некоторых иммуно-биохимических показателей крови при лечении ревматизма

Мы наблюдали 52 больных с первой ревмоатакой и 240 — с возвратным ревмокардитом.

Повышение титра анти-0-стрептолизина обнаружено в 73,3% со средним титром при первичном ревматизме 1081 и возвратном — 860 ед.

Наибольшее снижение титра анти-0-стрептолизина, иногда до нормальных величин, достигнуто при применении терапии салицилатами и антибиотиками в сочетании с гормональными препаратами.

Несмотря на клиническое выздоровление — стойко нормальную температуру, нормализацию РОЭ и ЭКГ, подавляющее большинство больных выписывалось с повышенным титром анти-0-стрептолизина, что является еще одним поводом к рекомендации prolongации противоревматической терапии на длительный срок в поликлинических условиях с активным наблюдением за больными и диагностическим исследованием иммунологических показателей.

УДК 615.39.39

В. М. Поляков (Альметьевск). Аутоотрансфузия крови в вену большого сальника

В хирургической и гинекологической практике встречаются случаи быстрого и массивного кровоизлияния в брюшную полость (разрыв сосудов брыжейки, превратившаяся внематочная беременность). Тогда мы производили обратную трансфузию крови в любую, наиболее крупную, прилежащую к ране, вену большого сальника. Только что

излившаяся в брюшную полость кровь собирается в стерильную банку от аппарата Боброва с помощью вакуума, создаваемого электроотсасывающим аппаратом, и к ней добавляется 4% раствор лимоннокислого натрия из расчета 10:200. После этого кровь дважды фильтруют через 8 слоев марли тем же шприцем непрерывного действия, которым мы только что проводили местную анестезию, вводят собранную кровь в любую, наиболее выраженную вену большого сальника. Свободная часть сальника, выведенная из брюшной полости, должна лежать на ладони левой кисти, а большой и указательный пальцы — охватывать в месте прокола иглу, находящуюся в вене. Таким приемом мы удерживаем шприц прочно обеими руками и фиксируем иглу в вене. После переливания крови место прокола берется на зажим и лигируется.

Нами применен этот способ 12 раз у женщин с прервавшейся внематочной беременностью. Всего мы сделали 16 таких переливаний без каких-либо осложнений и реакций. У одного больного кровь в количестве 500 мл была собрана из брюшной полости после разрыва селезенки.

Мы не рисковали переливать кровь тучным и температурающим больным. Не следует вводить кровь в сосуды брыжейки во избежание тромбоза.

Предлагаемый нами способ (с учетом всех вышеперечисленных замечаний) безопасен и прост.

УДК 616.5—089.844

А. П. Фраерман (Шабалинская районная больница Кировской области). Свободная кожная пластика в условиях районной больницы

Кожная пластика применялась у больных с гранулирующими ранами после травм и ожогов, с трофическими язвами.

Больные с кожными дефектами получали усиленное питание, богатое белками и витаминами. Им переливалась кровь и кровезаменители. За два-три дня до операции назначались антибиотики широкого спектра действия. На ночь, если это было необходимо, назначались снотворные средства. Раневая поверхность очищалась перевязками с гипертоническим раствором, если гнойное отделяемое было обильным, и с фурациллином, если оно было незначительным. Место дефекта считалось готовым к пластике, когда грануляции были ярко-красного цвета, мелкозернисты. Незначительное гнойное отделяемое не являлось препятствием к трансплантации кожи. Кожа бралась дерматомом системы «Красногвардеец» чаще всего с передней поверхности бедра. Лоскут толщиной 0,2—0,3 мм перфорировался глазным скальпелем и пересаживался на место дефекта. Причем, чаще всего это были грануляции. Лоскут фиксировался тонкими шелковыми швами к краям дефекта, присыпался порошком синтомицина, затем накладывалась амортизирующая повязка из стерильных шариков и осуществлялась гипсовая иммобилизация.

В первые дни после операции соблюдался постельный режим. Больной получал антибиотики. Швы снимались на 7—8 день. Если повязка промокала, перевязка делалась раньше. Хотя не у всех больных нам удавалось сразу добиться полного заживления дефекта с помощью пластических операций, но мы и больные всегда были удовлетворены результатами, ибо даже там, где лоскут расплавлялся, он стимулировал эпителизацию, и срок лечения сокращался.

Всего нами сделано 30 кожнопластических операций 24 больным. Величина кожного дефекта колебалась от 50 до 1000 см².

Нашим больным пересадки делались в различные сроки после травмы. Чаще всего это был конец первого месяца и начало второго. К этому времени раневая поверхность обычно бывает готова к пересадке и общее состояние больного позволяет произвести операцию.

УДК 616.71—089.844—616 714

Х. М. Шульман и Л. И. Костандян (Казань). Первичная краниопластика теменной костью плода

Х., 10 лет, поступил 21/VII 1962 г. по поводу открытого оскольчатого проникающего перелома лобной кости с повреждением пазух и ушибом головного мозга (удар копытом). Травма сопровождалась кратковременной утратой сознания.

При поступлении состояние средней тяжести, со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Пульс 100, АД—110/70, дыхание не нарушено. Легкий правосторонний гемипарез. В левой надбровной области ушибленная рана 6,0×1,5 см. На рентгенограммах определяется многооскольчатый вдавленный перелом лобной кости слева с повреждением пазух. Через 7 часов после травмы произведена первичная хирургическая обработка. Дефект в твердой мозговой оболочке зашит наглухо. Удалена слизистая оболочка оставшихся участков лобных пазух. Последние запломбированы цементом. Дефект оперированного участка (8,0×2,5 см) прикрыт темнойной